

Esofagitis necrotizante aguda en paciente inestable

Acute necrotizing esophagitis in an unstable patient

M. Rodrigo¹, B.E. Gorraiz¹, C. Merino¹, J. Eguaras², J.M. Elizalde³, W. Soler¹

RESUMEN

La esofagitis necrotizante aguda o *esófago negro* es una afección rara, conocida en la literatura médica desde 1990. Aunque su mecanismo no es del todo conocido, el compromiso isquémico parece ser el factor fisiopatológico fundamental. Cuando la esofagitis necrotizante aguda es un hallazgo en el estudio endoscópico de hemorragia digestiva alta, sin desestabilización hemodinámica, el pronóstico es bueno. Presentamos un caso en el que el diagnóstico de *esófago negro* fue un mero hallazgo endoscópico, secundario a una situación de inestabilidad hemodinámica subyacente, con resultado fatal.

Palabras clave. Esofagitis necrotizante aguda. Rotura de aneurisma aórtico abdominal.

ABSTRACT

Acute necrotizing esophagitis or *black esophagus* is a rare affection, described in the medical literature since 1990. Although its mechanism is not fully understood, ischemic compromise appears to be the fundamental physiopathological factor. When acute necrotizing esophagitis is found in the endoscopic study of an upper digestive haemorrhage, the prognosis is good. We present a case in which diagnosis of *black esophagus* was an endoscopic finding, secondary to a situation of underlying hemodynamic instability, with a fatal outcome.

Key words. Acute necrotizing esophagitis. Rupture of abdominal aortic aneurysm.

An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (1): 113-116

1. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
2. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
3. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Recepción el 6 de diciembre de 2008
Aceptación provisional el 15 de diciembre de 2008
Aceptación definitiva el 21 de enero de 2009

Correspondencia:

Marino Rodrigo Bañuelos
Servicio de Urgencias
Hospital Virgen del Camino
Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
Tfno. 848429462
E-mail: mrb300@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La esofagitis necrotizante aguda (ENA) o *esófago negro* es una afección rara conocida en la literatura desde 1990¹. Aunque su mecanismo no es del todo conocido, el compromiso isquémico parece ser el factor fisiopatológico fundamental. El síntoma más común es hematemesis o melenas, siendo una entidad a considerar en el diagnóstico diferencial de la hemorragia gastrointestinal, en particular en pacientes ancianos. Su diagnóstico de sospecha es endoscópico y el de confirmación, anatomopatológico. Ante su presencia, es necesario investigar una posible situación de hipovolemia subyacente, como ilustra el caso que presentamos a continuación.

CASO CLÍNICO

Hombre de 77 años derivado al servicio de Urgencias hospitalario desde su centro de salud para valoración de hematemesis. Como antecedentes personales el paciente refería sangrado digestivo alto dos años antes, en contexto de toma de aspirinas por proceso catarral, así como crisis renoureterales (CRU) de repetición y asma. No se disponía en ese momento de más información relativa a sus antecedentes personales. Se encontraba tomando tratamiento inhalatorio antiinflamatorio-broncodilatador; por voluntad propia el paciente había suspendido recientemente el tratamiento habitual con omeprazol. Diagnosticado tres días antes de CRU en su centro de salud por dolor lumbar bajo de perfil cólico irradiado a cuadrante inferior izquierdo (CII), había recibido diclofenaco intramuscular y aspirinas a demanda, con alivio parcial. Ante la presentación de hematemesis, se deriva para valoración.

En el servicio de Urgencias el paciente refiere, además de dicho dolor lumbar irradiado, que reconoce como de características similares a CRU

previas, la presentación en las últimas ocho horas de ardor de estómago, así como temblor al levantarse de la cama e inestabilidad, que ha condicionado caída y traumatismo nasal. Asimismo, había presentado en este período tres vómitos de contenido sanguinolento. En la exploración física destacaban buen estado general, TA de 70/50 mm de Hg con relleno capilar normal, FC de 90 lpm, tª de 36º C; nauseoso, con palidez concomitante a las náuseas, pero basalmente normocoloreado; herida en puente nasal con restos de sangrado en fosas nasales y restos en "posos de café" en comisuras labiales; abdomen doloroso a la palpación profunda en CII, sin signos de irritación peritoneal ni aparentes masas y tacto rectal negativo para sangre y melenas. Se extrajeron muestras para analítica y pruebas cruzadas y se inició sueroterapia por dos vías venosas periféricas, que consiguieron remontar las cifras tensionales sin normalizarlas. En la analítica, Hb, 12,9 g/dL, Hto. 36,1%, leucocitos 27.500/µL con 87% de neutrófilos, plaquetas y coagulación normales; urea 52 mg/dL, creatinina 2,86 g/dL; resto normal. Ante esta situación de inestabilidad hemodinámica y hematemesis en paciente con antecedentes de hemorragia digestiva alta y tratamiento actual con fármacos potencialmente gastrolesivos, se solicitó endoscopia urgente.

La endoscopia inmediata (Figs. 1 y 2) objetivó esófago con mucosa de aspecto claramente isquémico desde los 30 cm y necrótico hasta los 38 cm, así como fundus, cuerpo gástrico, incisura y antro normales, con algún resto hemático mínimo. Durante la realización de la endoscopia el paciente entró en parada cardiorrespiratoria por actividad eléctrica sin pulso. Las maniobras de resucitación resultaron infructuosas y el paciente falleció. La necropsia reveló esofagitis aguda necrotizante erosiva en los 14 cm distales y arteriosclerosis aórtica, predominantemente abdominal y en bifurcación de ilíacas, con aneurisma sacular en aorta abdominal de 13 cm de longitud y 8 cm de diámetro roto, hemorragia retroperitoneal masiva de 3.000 cc, aproximadamente, y extensión a cavidad peritoneal.

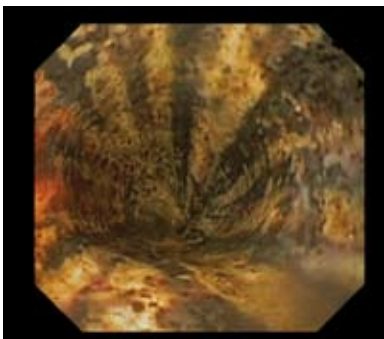


Figura 1. Mucosa esofágica de aspecto necrótico y restos de sangre.

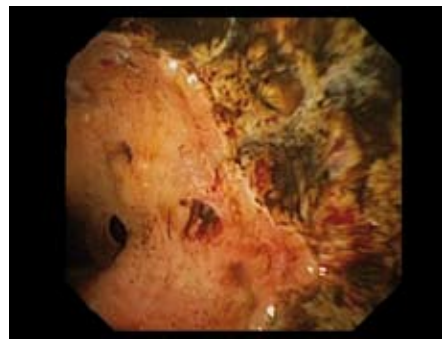


Figura 2. Mucosa esofágica necrótica y restos de sangre.

DISCUSIÓN

La esofagitis necrotizante aguda (ENA) es una afección rara conocida en la literatura desde 1990¹. Su incidencia se desconoce, pero se sospecha infradiagnosticada². Hasta 2006 se hallaron informes referidos a solo 88 pacientes, 70 hombres y 16 mujeres con una edad media de 67 años³. Se diagnosticó ENA en el 0,28% de 10.295 endoscopias realizadas por cualquier motivo durante un período de 5 años⁴, así como en el 6% de endoscopias realizadas por hemorragia digestiva⁵.

Aunque su mecanismo no es del todo conocido, el compromiso isquémico parece ser un factor fisiopatológico fundamental. Otros factores sospechados son reflujo

gastroesofágico masivo e infección esofágica. La parte afectada suelen ser los dos tercios distales del esófago, que aparecen en la endoscopia con una decoloración negra circunferencial de toda la mucosa. Por ello, esta afección recibe también el nombre de *esófago negro*.

Desde el punto de vista anatomopatológico, la ENA se caracteriza como una lesión mucosa aguda (Fig. 3). Al examen microscópico, la mucosa está necrótica y limitada por un infiltrado leucocitario en la submucosa alta, consistente en neutrófilos y macrófagos, con ausencia de depósitos de hemosiderina (Fig. 4). El diagnóstico de esófago negro es histológico y precisa la exclusión de otras causas, como ingestión de cáusticos.



Figura 3. Pieza de necropsia.

El síntoma más común (78%) es hematemesis o melenas⁶. La ENA es una entidad a considerar en el diagnóstico diferencial de la hemorragia gastrointestinal, en particular en pacientes ancianos. Complicaciones

posibles incluyen estenosis, mediastinitis/abscesos y perforación. La mortalidad global se sitúa en torno al 31,8%, y su pronóstico depende más de la avanzada edad del paciente y de la comorbilidad asociada que

de la evolución de las lesiones esofágicas. Cuando la ENA es un hallazgo en el estudio endoscópico de hemorragia digestiva alta (HDA), sin desestabilización hemodinámica, el pronóstico es bueno.

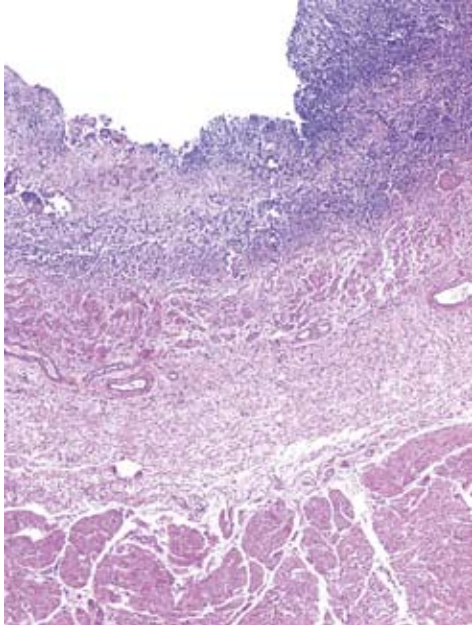


Figura 4. Aspecto macroscópico.

Un aneurisma aórtico abdominal (AAA) intacto puede producir dolor abdominal, lumbar o en flanco, que tiene un comienzo gradual y es de características vagas. El dolor agudo o intenso sugiere complicación aguda, como rotura o disección⁷. Se considera a la rotura de aneurisma aórtico abdominal (RAAA) otra de las “grandes imitadoras”, por simular diversas patologías lumbares y abdomino-pélvicas, entre ellas la CRU. La RAAA suele producirse hacia el retroperitoneo. El 10-30% de los pacientes tienen rotura libre intraperitoneal, que suele ser rápidamente mortal⁸.

En el caso presentado, la confluencia de información clínica desde los antecedentes personales, la anamnesis y la exploración física condicionó el énfasis del estudio in-

mediato en la hematemesis (hemorragia digestiva alta como causa posible de la inestabilidad hemodinámica que presentaba el paciente), en lugar de en el dolor lumbar irradiado. Este se interpretó inicialmente como CRU y retrospectivamente como probable complicación de AAA. No constaba el diagnóstico de AAA en sus AP. El *esófago negro* fue un hallazgo endoscópico casual, resultado probable de isquemia aguda debida a hipovolemia, secundaria a su vez a sangrado aórtico abdominal, con evolución fulminante y resultado fatal. Respecto a la hematemesis, no fue la causa de la inestabilidad sino un mero epifenómeno, probablemente debido a sangre deglutida de origen nasal (epistaxis traumática) y, quizá, a sangrado leve debido a la ENA.

BIBLIOGRAFÍA

1. GOLDENBERG S, WAIN S, MARIGNANI P. Acute necrotizing esophagitis. *Gastroenterol* 1990; 2: 493-496.
2. BEN SOUSSAN E, SAVOYE G, HOCHAIN P, HERVÉ S, ANTONIETTI M, LEMOINE F et al. Acute esophageal necrosis: a 1-year prospective study. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 213-217.
3. GURVITS GE, SHAPSIS A, LAU N, GUALTIERI N, ROBLOTTO JG. Acute esophageal necrosis: a rare syndrome. *J Gastroenterol* 2007; 42: 29-38.
4. AUGUSTO F, FERNANDES V, CREMERS VI, OLIVEIRA AP, LOBATO C, ALVES AL et al. Acute necrotizing esophagitis: a large retrospective case series. *Endoscopy* 2004; 36: 411-415.
5. YASUDA H, YAMADA M, ENDO Y, INOUE K, YOSHIBA M. Acute necrotizing esophagitis: role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *J Gastroenterol* 2006; 41: 193-197.
6. GRUDEL AB, MUELLER PS, VIGGIANO TR. Black esophagus: report of six cases and review of the literatura, 1963-2003. *Dis Esophagus* 2006; 19: 105-110.
7. JOHNSON GA. Aneurismas y disección aórticas. En: Tintinalli JE, editor. *Medicina de Urgencias*. 5ª edición. México, McGraw-Hill Interamericana editores 2002: 468-472.
8. BESSEN HA. Aneurisma de la aorta abdominal. En: Marx-Hockberger-Walls, editores. *Rosen Medicina de Urgencias*. Conceptos y práctica clínica. 5ª edición. Madrid. Elsevier España, SA. 2003. 1176-1186.